

BOLETIM DO SANATÓRIO SÃO LUCAS

INSTITUIÇÃO PARA O PROGRESSO DA CIRURGIA

Rua Pirapitingui, 80 — São Paulo, Brasil

VOL. XX

JANEIRO DE 1959

N.º 7

Sumário:

	<i>Pág.</i>
<i>Mioma gigante del cuello uterino. Presentacion de un caso clinico — Prof. CARMO LORDY e Dr. LIZARDO ORTEGA</i>	99
<i>Tumor de Wilms. (Adenosarcoma embrionário do rim) — Prof. CARMO LORDY e Dr. EURICO BRANCO RIBEIRO</i>	107



Boletim do Sanatório São Lucas

Suplemento de

"ANAIIS PAULISTAS DE MEDICINA E CIRURGIA"

Editado sob a direção do

DR. CLODOMIRO PEREIRA DA SILVA

pelo

SANATÓRIO SÃO LUCAS

INSTITUIÇÃO PARA O PROGRESSO DA CIRURGIA

Diretor

DR. EURICO BRANCO RIBEIRO

+

Órgão oficial da Sociedade Médica São Lucas

Rua Pirapitingui, 80 — São Paulo, Brasil



DIRETORIA — Exercício 1958/1959

Presidente

DR. ADHEMAR NOBRE

Vice-Presidente

DR. ADALBERTO LEITE FERRAZ

Primeiro Secretário

DR. EURICO BRANCO RIBEIRO

Segundo Secretário

DR. WALDEMAR MACHADO

Primeiro Tesoureiro

DR. NELSON CAMPANILE

Segundo Tesoureiro

DR. JOSÉ SALDANHA FARIA

Bibliotecário

DR. ROBERTO DELUCA

Conselho consultivo:

DR. ENRICO RICCO

DR. LUÍS BRANCO RIBEIRO

DR. MOACYR BOSCARDIN

DR. FERDINANDO COSTA

DR. JOÃO NOEL VON SONNLEITHNER

BOLETIM

DO

SANATÓRIO SÃO LUCAS

INSTITUIÇÃO PARA O PROGRESSO DA CIRURGIA

VOL. XX

JANEIRO DE 1959

N.º 7

Mioma gigante del cuello uterino. Presentacion de un caso clinico (*)

Dr. LIZARDO ORTEGA

(Assistente da Universidade de São Marcos, Perú)

e

Prof. CARMO LORDY

(Anátomopatologista do Sanatório São Lucas)

Resumen de la história clinica

27-9-58.

D.C. de 37 años, casada, brasileira, feminina, raza mestiza, ocupación su casa.
Lugar de nacimiento: San Pablo.

Antecedentes familiares: Padre padece de diabetes, madre muerta de parto.
Esposo sano (separada hace 8 años). Hijos 2, uno de 14 y otro de 10 años.

Antecedentes personales: Menarquia a los 12 años, catamenia 3/30, ultima regla del 25 al 27 ultimo. Embarazos 2, partos normales 2. Abortos: ninguno, ultimo parto hace 10 años.

Antecedentes patologicos: estreñimiento crónico.

Enfermedade atual: Hace mas ó menos 8 meses presenta metrorragias de regular cantidad: micción involuntaria, esporádicamente. Algunas veces vomitos que le parecen en relación con las reglas. Algias abdominales difusas y a nivel de la pelvis.

Examen clinico: Paciente en posición decubito dorsal activa, con regular estado de conservación, apirética, con fascie pálida. El abdomen apresenta una tumoración dura, irregular que alcanza el hipocondrio derecho.

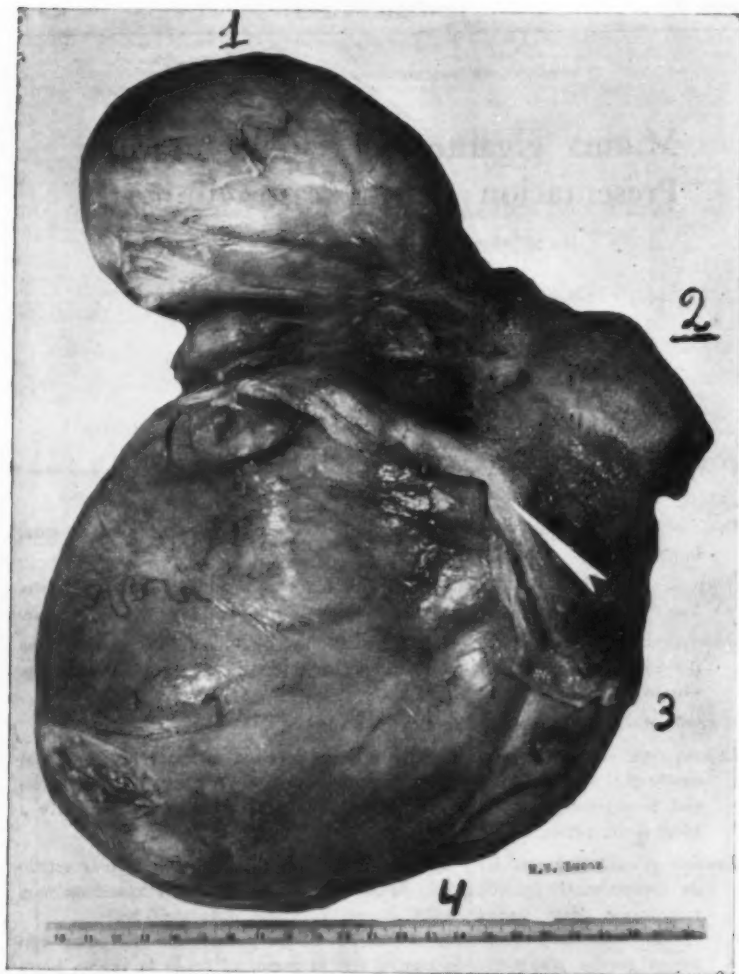
El examen ginecológico, revela la misma tumoración irregular con origen genital, que haciendo cuerpo con el útero, vá desde la vagina hasta el hipocondrio derecho, com mas o menos 8 traveses de dedo de ancho.

(*) Caso apresenta à Sociedade Médica São Lucas em 14-10-58.

Aparelho respiratorio normal. Aparelho circulatorio normal. Pressão arterial 120 x 75. Pulso: 110 por minuto, regular y rítmico. No tiene disnea de esfuerzo, edema ni dolor precordial. El resto del examen clinico es normal.

Diagnóstico probable: Mioma uterino.

Tratamiento: operatorio.



1. Nódulo miomatoso que invadia o ligamento largo; 2. Útero; 3. Colo uterino;
4. Mioma do colo uterino.

Exámenes auxiliares: Solo consideramos en la historia los datos que tienen algo de anormal.

Hemograma con 16,000 leucocitos.

Tiempo de sangría: 2,30 hs.

Orina: trazas de albúmina, piocitos, trichomonas.

Radiografía de abdomen: masa opaca, semejante a fibroma.

Informe operatorio: 29-9-58. Histerectomía total con ooforosalingectomía derecha y apendicectomía.

Pieza operatoria: utero-ovario y trompa derechas. Apéndice llenos de adherencias, con un mioma irregular, de 25 cms de diametro mayor por 20 cms en los demás y con proyección de unos 15 cms. dentro del ligamento ancho y con implantación en el labio posterior del cuello uterino. Peso: 2,750 Kg.

Informe anatomo patológico: Prof. Carmo Lordy "Leiomioma".

El interés clínico del presente caso, está en la importancia general que tiene el estudio de los miomas dada su frecuencia, 1 utero miomatoso de cada 5; cifra deducida de exámenes post mortem; que es mayor en la raza negra y que tambien de acuerdo a la experiencia del Prof. Linde de la Universidad de John Hopkins es demasiado reducida.

Por otra parte las histerectomías por mioma uterino son las mas frecuentes en todos los hospitales y clinicas.

Importancia especial de este caso es la localización a nivel del cuello ya que aproximadamente representa del 5 al 8% de los miomas del útero solamente.

El Profesor Carmo Lordy de la Universidad de São Paulo considera que la mayor frecuencia de los miomas a nivel del cuerpo y fondo del útero se debe a la migración del mesénquima hacia esta zona con el fin de llenar el fondo del útero, que como se recordará, en la etapa fetal es cóncavo, en la niñez plano y al terminar la pubertad convexo: la migración de este mesénquima, que es el que circunda los primitivos conductos de Müller origina un exeso de material a nivel del cuerpo y fondo, que al no ser aprovechado en la anatomía del órgano vá a generar los miomas; este material es escaso a nivel del cuello y por lo tanto la cantidad de miomas será mínima en esta zona.

Otra importancia está en que pueda haber sufrido degeneración sarcomatosa, que es mas frecuente en los miomas de gran tamaño; y que según Evans, de la Clínica Mayo el 0,70% de los miomas van a esta degeneración; según Novak y Anderson esta cifra alcanza al 0,56%.

Los signos y sintomas que han sentado la indicación terapéutica en este caso han sido:

La *hemorragia*, que en los fibromas tiene diferente origen; en el submucoso pediculado es por congestión pasiva, necrosis y ulceración y coincide con la menstruación. En los intramurales, que

comienzan a introducirse en la cavidad del útero, debido a la presión que ejercen sobre las venas formadas por confluencia de los capilares del endometrio (menorragias). Los tumores de grandes dimensiones pueden originar menorragias debido a que aumentan considerablemente la cavidad uterina y se hace mayor la superficie sangrante.

La *compresión de los órganos pelvianos, vejiga*, ya que la acción mecánica, hacía que la paciente pierda orina involuntariamente. Ahora, generalmente este tipo de alteración puede provocar, anuria, por compresión del ureter, pérdida involuntaria de orina, como en este caso o anuria, por compresión a nivel de la uretra.

Ha sabido *estreñimiento crónico* debido probablemente a la compresión sobre el intestino. Acompañando a estos síntomas es frecuente el edema de los miembros inferiores, que no se presentó en este caso.

Ha tenido además *deformación del abdome y algias abdominales difusas y a nivel de la pelvis*. De haberse dejado que continúe la deformación del abdomen habría llegado el momento en que se presentase ascitis, por compresión de las venas de la pelvis; aparte del peligro de degeneración maligna.

El dolor pelviano probablemente se ha debido a la presión sobre los nervios de la pelvis. En forma general a parte de esto los miomas pueden dar dolor por necrosis extensa, torsión del pedículo o por procesos inflamatorios.

Los miomas generalmente son causa de *esterilidad*, cuando producen abortos repetidos o partos prematuros; en este caso no habría sido posible el embarazo normal por la deformación de la cavidad uterina, como puede verse en la fotografía y menos habría podido realizarse el parto.



El tratamiento operatorio seguido en este caso, histerectomía total con ooforosalingectomía derecha es el indicado; pero de manera recordatoria podemos referirnos a los otros tratamientos.

Los mas frecuentes son: el quirúrgico y el tratamiento por irradiación. El hormonal es el de menos alcances por lo que no lo vamos a considerar.

El tratamiento por irradiación está reservado sólo para aquellos casos en que el tratamiento quirúrgico está contraindicado o para los casos en que la paciente rechaza el ser operada.

El peligro está en que es muy radical y produce una menopausia artificial que es mas molesta que la menopausia natural.

El tratamiento quirúrgico de los miomas es mas elástico y comprende la histerectomía total, la histerectomía subtotal y la miomectomía.

La ventaja de la eliminación del cuello, radica en se eliminar un posible origen de flujo desagradable y a la vez una zona, donde puede desarrollarse cancer. Scheffey encontró cancer del muñón en el 0,9% de un grupo de 554 pacientes a las que se había practicado histerectomía subtotal. Pearse em 1,234 histerectomías subtotales y 373 totales dá un porcentaje de mortalidad del 3,4% para el primer grupo y 2,9 para el segundo Danforth dá 0,8% para la subtotal y 0,6% para la total. Masson dá 1,3% para la total y 1,8% para la subtotal.

Como se vé, ambas histerectomías son relativamente inocuas; sin embargo para poder afirmar que la histerectomía total ofrece menos riesgo que la subtotal, es preciso tener en cuenta; que el grupo de las histerectomías subtotales comprende los casos mas difíciles y aún casos programados para histerectomías totales, que terminan en subtotales por su gravedad.

El criterio mas recomendable es que cada caso debe juzgarse según sus particularidades; teniendo en cuenta que en un caso dudoso la histerectomía total aleja la posibilidad de un carcinoma del cervix, en porcentaje superior al 1%. También debe tenerse en cuenta la habilidad y experiencia del cirujano, para evitar complicaciones como fístulas.

En lo referente a la miomectomía, está indicada preferentemente cuando se desea un embarazo futuro. La torsión y necrosis de un fibromioma durante el embarazo constituyen una indicación especial para la miomectomía. Sería mejor extirpar un útero, no gestante con miomas múltiples que someterlo a muchas miomectomías, especialmente cuando se trata de una paciente de raza negra. Sin embargo autores como Rubin de New York y Victor Bonney de Londres, han descrito extirpación de 33 y 100 miomas respectivamente en un solo útero. Es bastante difícil justificar la extirpación de un número tan considerable de fibromiomas: ya que un útero con tantas cicatrices, sería de peligro tanto para el embarazo como para el parto. El índice de mortalidad en las miomectomías es menor del 1%.



Contribución del Prof. Carmo Lordy sobre embriología del aparato genital y los miomas:

O desenvolvimento de miomas ao nível do colo uterino (caso que o dr. Ortega acaba de expôr) é considerado ocorrência bem rara, em contraste flagrante com a frequente localização do mesmo tumor na altura do corpo e do fundo do útero.

Tal fato pode ser elucidado mediante o estudo de diversas fases do desenvolvimento do útero, razão pela qual o analista se valeu de dados embriológicos, todos relacionados com o assunto em foco. Tratou da septação da cloaca humana e de suas conseqüências, de

modo geral. Fêz em seguida o estudo do desenvolvimento dos ductos de Müller, com o fim de demonstrar que a maior incidência de miomas na altura do corpo e do fundo uterino deve estar relacionada com a mais prolongada e, porisso, mais intensa proliferação do mesenquima que envolve aquêles ductos para, através de sua diferenciação, construir a respectiva parede.

Como é sabido, as duas trompas primitivas cedo se diferenciam em trompas definitivas e, medialmente, em segmentos tubáricos do útero, os quais passam a ser englobados pelo mesenquima. Com a sucessiva assimilação dos referidos segmentos, se esboça a formação do futuro corpo uterino, que nessa fase apresenta o aspecto de útero bicornio ("uterus introrsum arcuatus" ou útero fetal). A depressão do fundo uterino vai sendo aplainada, graças à proliferação mesenquimal: disso resultando o "uterus planifundus" ou útero infantil. Em época bem mais tardia, é finalmente atingida a forma definitiva convexa ("uterus foras arcuatus").

Ora, é bem possível que uma parte desse abundante material construtivo não tenha sido utilizado na formação do útero, persistindo como material que não completara sua diferenciação. A esse propósito, Santi, Robert Meyer, Sakurai, Aschoff fazem referências a esse material entrevisto na trama do miométrio. Cohn fala de zonas ("zonas indiferenciadas de Cohn").

Assim, não repugna se admitir que esse contingente não aproveitado na construção do corpo e fundo uterino possam ser responsabilizados pela produção de tais miomas.

Igualmente, é admissível que, quanto à sua localização nessa zona, as 3 variedades de miomas — submucoso, parietal e subseroso — correspondam a 3 etapas de desenvolvimento, respectivamente, do — útero fetal, útero planifundo e útero convexo.

Al terminar esta breve exposición sobre miomas, el Dr. Faría recordó a travez de sua experiencia la importancia de atender en estas pacientes la parte psicológica: ya que las hysterectomías y operaciones semejantes aveces ocasionan cuadros muy marcados de depresión y otros trastornos que han llevado alguna vez al suicidio.

El Dr. Machado expresó que aunque cada caso en su tratamiento quirúrgico tiene que estar sujeto a indicaciones muy particulares; él era mas partidario de la hysterectomía total.

El Dr. Azael S. Leistner relievó la importancia de la Embriologia en la patogenia de los miomas y la contribución personal del Prof. Carmo Lordy en estos estudios.

Tumor de Wilms(*)

(Adenosarcoma embrionário do rim)

Prof. CARMO LORDY

(Patologista do Sanatório São Lucas)

e

Dr. EURICO BRANCO RIBEIRO

(Diretor do Sanatório São Lucas)

Dr. Eurico Branco Ribeiro. — Um caso de tumor de Wilms que foi registrado em nosso Serviço vai-nos oferecer a oportunidade de ouvir hoje sobre o assunto o Prof Carmo Lordy; antes, porém, de ouvi-lo queremos resumir em poucas palavras a ficha clínica referente ao caso:

Trata-se de I. F., sexo feminino, nascida a 8 anos em Santa Mariana do Paraná e ali residente na Fazenda Santa Isabel. A paciente foi-nos encaminhada pela clínica do dr. Reinaldo Carazai, de Cornélio Procopio, em condições de urgência, diante do achado cirúrgico de um colega daquela localidade, que, ao praticar uma apendicectomia, encontrou e identificou um tumor do rim. A doente havia sido operada a apenas três dias antes e viera para São Paulo por via aérea a fim de procurar recursos mais amplos que pudessem livrá-la do seu mal. Contavam os pais da menina que ela de 2 anos para cá vinha-se queixando de dores no flanco direito, dores que logo cediam com remédios caseiros. Tinha períodos de acalmia às vezes por vários meses. Porém de 40 dias para cá, as dores se acentuaram, agravando-se ainda mais nos últimos 20 dias quando passou a ter vômitos frequentes. Em virtude disso, em Santa Mariana, um colega administrou-lhe vermífugos e um purgativo, com o que teve piora do seu estado. Procurado outro colega, pensou ele tratar-se de apendicite e esse foi o motivo porque a pequena enferma foi levada à mesa cirúrgica no dia 12 de setembro do corrente ano. O apêndice foi retirado e verificou-se a presença de um tumor renal. A enferma achava-se bastante desidratada, vomitando

(*) Caso clínico discutido em reunião do Corpo Médico do Sanatório São Lucas em 2 de outubro de 1958.

várias vezes por dia. Sua temperatura era 38°. Não se palpava o baço, mas notava-se um tumor no hipocôndrio direito, que descia a 4 dedos abaixo do rebordo costal e ultrapassava a linha mediana para o lado esquerdo. À escuta nada se observava nos aparelhos circulatório e pulmonar. Não havia gânglios axilares nem cervicais. O baço não era perceptível. Uma precussão lombar era ligeiramente dolorosa de ambos os lados. Funcionamento normal dos intestinos. Pressão arterial, 120x80; pulso, a 90 rítmico. Um exame de



Fig. 1 — Radiografia mostrando exclusão tumoral do rim direito.

laboratório nos mostrou que nada havia nas fezes; os glóbulos brancos andavam por 10.000 e os vermelhos eram 3.500.000 por mm³ com 65% a taxa de hemoglobina; havia um aumento dos leucócitos em núcleo segmentado: 68%, com mais 20% de núcleos em bastão, o que perfazia 88% de neutrofilia; os eosinófilos se achavam em 1% e havia apenas 7% de linfócitos e 4% de monócitos. Anemia secundária, normocrônica e normocítica. O exame de urina mostrou que era ácida, apresentava traços acentuados de albumina, continha raras células, um pouco de pús, muco, 20 hemátias por campo e vários cilindros hialinos.

Mandamos fazer uma urografia endovenosa, que mostrou conservação da secreção urinária à esquerda, em que a árvore urinária se apresenta de aspecto normal, havendo, entretanto, ausência de secreção urinária do lado direito, onde se nota uma grande sombra opaca ultrapassando a linha mediana e recalcando para baixo as alças intestinais, evidenciadas por estarem cheias de gases. Impunha-se pois, a confirmação o diagnóstico de tumor do rim e nessas condições a pequena enferma foi levada novamente à mesa operatória, a fim de se proceder a uma nefrectomia. Essa operação foi realizada no dia 18 de setembro sob anestesia geral com surital, ciclopropana e eter. Tivemos como auxiliares no campo operatório os drs. Pedro Luiz de Oliveira e Luiz Branco Ribeiro. A intervenção durou 90 minutos; consistiu em incisão de Pean-Bazy aumentada até a linha mediana, com conseqüente secção do músculo grande reto do abdomen à direita. Foi aberta a loja renal, verificando-se grande aderência do tumor ao peritônio, pelo que também foi aberto o peritônio; com isso se verificou que o tumor comprimia o fígado para a parede anterior do abdomen. Tratava-se de um tumor bastante vascularizado; dadas as dimensões do tumor, que ultrapassava a linha mediana, foi necessário fazer-se a ampliação da incisão para o lado esquerdo, acompanhando o rebordo costal. Secionado o ligamento redondo do fígado, foi então feito o descolamento do intestino grosso e do duodeno que se achavam recalcados pelo tumor, verificando-se que seria difícil atingir o seu hilo por

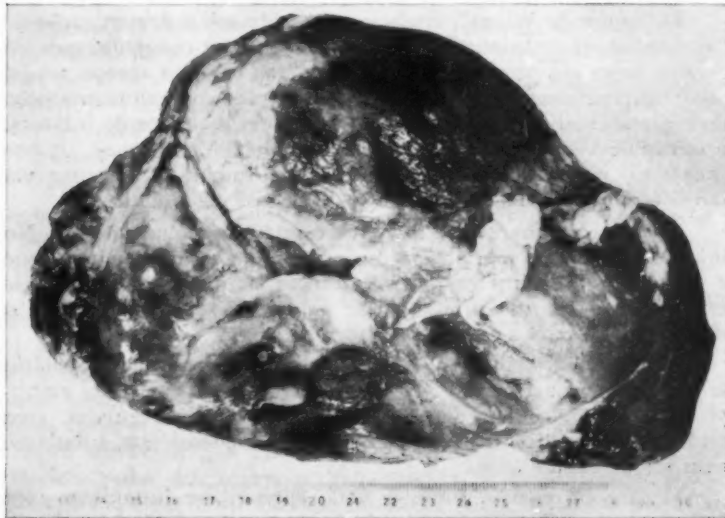


Fig. 2 — Aspecto do rim extirpado, com 18 cm no maior diâmetro.

planos de clivagem anteriores. Então, recorreu-se ao expediente de abrir a cápsula do tumor, que foi facilmente descolado, primeiro pelo polo inferior. Foi assim com relativa facilidade abordado o pedículo renal, que foi seccionado entre pinças, fazendo-se também ressecção de um fragmento de ureter. O tumor foi então facilmente extirpado. Houve sangramento na face inferior do fígado onde havia aderências com o tumor. Sutura do fígado para coibir essa hemorragia, colocando-se Zimoespuma nesse local. Fixação do ângulo hepático do colo ao flanco direito, para repô-lo na sua situação normal. Junto à aorta e veia cava restaram alguns nódulos intimamente a eles ligados, que não foi possível extirpar; um bloco maior apresentava 6 x 10 cm. Colocação de dreno na loja sub-hepática. Verificou-se que o útero e os ovários eram infantis. Procedeu-se a sutura da parede com catgut n.º 2. Colocação de seda e agrafes na pele. A peça cirúrgica mostrava um rim ligeiramente aumentado de volume, apresentando acima do hilo, na sua porção superior, um tumor com 16 cm. de diâmetro, que invade grande parte da face posterior do rim. Foram retirados fragmentos do tumor para exame. O diagnóstico anátomo-patológico revelou que se tratava de um tumor de Wilms.

O Prof. Lordy vai-nos dizer algumas palavras a respeito do tumor de Wilms.

Prof. Carmo Lordy — Em tôrno de um caso de tumor de Wilms o analista procura completar a exposição clínica, que acaba de ser feita pelo Dr. Eurico Branco Ribeiro.

O "tumor de Wilms", também conhecido sob a denominação de "adenosarcoma embrionário do rim", é um tumor congênito que em geral aparece nos primeiros anos de vida (no caso em apreço, no 8.º ano); mais raramente em adultos. É considerado como uma produção de evolução maligna e, entre todos os tumores malignos da infância, o tumor de Wilms é computado em cerca de 20% dos casos. A esse propósito, já foram observadas metástases tumorais quer por via sanguínea, (no pulmão, no cérebro), quer por via linfática.

O tumor geralmente se desenvolve num dos polos do rim. No início está rodeado por uma cápsula densa de tecido conectivo, que o separa do parênquima renal até alcançar maiores dimensões. Pela eventual ruptura da cápsula, dá-se a expansão do tumor para o tecido renal e para as vísceras adjacentes.

A denominação dada a este tumor de adenosarcoma embrionário se justifica, porque na sua composição predominam elementos embrionários, isto é, células arredondadas, fusiformes, irregulares, com caráter sarcomatoso, englobando formações adenomatosas, tubulares, nem sempre abundantes.

O caso em estudo, como se verá, apresenta-se justamente com esse aspecto. Ocasionalmente é dado encontrar também fibras musculares lisas por vêzes fibras musculares estriadas nas primeiras

fases de sua diferenciação. Em outras eventualidades, na textura do tumor nota-se a presença de tecidos de origem conjuntiva, variedades do conectivo, tecido cartilaginoso, ósseo, como produtos de diferenciação de tais elementos embrionários, que conservaram êsse poder evolutivo.

Foram aventadas diversas opiniões na tentativa de explicar não somente a procedência do tumor de Wilms, como sobretudo a fase embrionária em que o processo se desencadeia. Assim, alguns autores o fazem derivar do mesonefros, outros da placa do miotomo e do esclerotomo, outros do mesoderma primitivo antes de sua diferenciação em miotomo, esclerotomo e nefrotomo.

Algumas noções embriológicas a respeito facilitarão a compreensão do assunto. Como é sabido, o mesoderma, depois de alcançada uma relativa espessura na área embrionária, sofre um processo de delaminação, que vai da parte lateral para a parte medial, sem nunca atingir esta última. Disso resulta a formação de dois folhetos: um externo, que, relacionando-se com o ectoderma, dará a somatopleura primária; e outro interno, o qual constituirá com o endoderma a esplancnopleura primária. A parte medial não delaminada, por um processo de metamerização, ficará reduzida a segmentos (somitos). Por êsse modo, numa seção transversa da área embrionária, se nota em cada lado dos órgãos axiais (na frente a notocorda e atrás o tubo nervoso) a presença de um somito e de uma parte mais estreitada do mesoderma, o nefrotomo, que está em ligação com os folhetos delaminados. Em seguida, o mesoderma de cada somito sofre uma tripla diferenciação, dando em resultado dorsalmente o dermatomo, donde provirão o derma e hipoderma da futura cutis, e ventralmente a placa do miotomo e do esclerotomo. Essa placa mais tarde se desdobra em miotomo, que fornecerá a musculatura estriada, e esclerotomo, o qual, envolvendo a notocorda e o tubo nervoso, dará nascimento ao corpo vertebral, às lâminas vertebrais e às suas apófisis.

Por sua vez, os nefrotomos em conjunto nos fornecerão material para formação dos 3 pares de rins, que se sucedem no tempo e no espaço: pronefros, mesonefros (o mais extenso) e metanefros ou rim definitivo.

Do exposto pode-se inferir que o tumor de Wilms com muita probabilidade provenha do mesonefros, o que justificaria a presença de túbulos, de estruturas semelhantes a glomerulos abortivos e de fibras musculares lisas às vêzes encontradas no referido tumor. De outro lado, tendo-se em vista as íntimas relações topográficas existentes entre o mesonefros e a placa do miotomo e do esclerotomo, é lícito admitir-se que um transtorno no desenvolvimento daquela glândula possa determinar o deslocamento de elementos da placa, que por sua vez evoluíram com produção respectivamente de fibras musculares estriadas ou então de derivados do conectivo.

Dr. Eurico Branco Ribeiro. Há motivos que possam explicar a localização polar desses tumores? Por que se apresentam em um dos polos, principalmente no polo superior?

Prof. Carmo Lordy. Do 14.^o até o 25.^o nefrotomo nós temos, na sequência, o desenvolvimento do mesonefron, para então à custa dos 3 últimos pares de lâminas desses nefrôtomos se formar o metanefron ou rim definitivo. Assim, mal acaba o mesonefron logo vem o metanefron, o qual ainda tem outra particularidade: é um dos únicos órgãos que em vez de se ir desenvolvendo descendo, vem se desenvolvendo subindo. É então por este fato que um derivado do mesonefron pode se localizar na porção superior de um derivado do metanefron — o rim definitivo: é esse tumor, então, o resto do mesonefros em contacto com a porção superior do metanefros.

Dr. Moacyr Boscardin — Há metástases por via sangüínea?

Prof. Carmo Lordy — Sim e se há metástases na rede sangüínea, é claro que o sangue as pode levar por todos os órgãos mas mais frequentemente têm sido encontrados no cérebro e no pulmão.

Dr. Moacyr Boscardin — É sensível à radioterapia?

Prof. Carmo Lordy — É excessivamente sensível à radioterapia: o tumor de Wilms é também chamado de adenosarcoma embrionário renal; ora todos os elementos embrionários tumorais conservam-se sensíveis ao extremo à ação benéfica do Raio X.

Dr. Moacyr Boscardin — Daí se conclue que são resolvidos alguns casos de tumor de Wilms fazendo-se radioterapia posoperatória, uma vez que nele predominam os elementos embrionários.

Dr. Eurico Branco Ribeiro — Apesar disso, os autores acentuam a gravidade do prognóstico. Recentemente, num estudo de revisão de 422 casos de literatura, Vincent Collins encontrou 73 casos de sobrevida além do tempo de risco sem que a recorrência tivesse se manifestado. É admitido que o doente estaria em risco de recorrência do tumor por um tempo igual à sua idade ao se fazer o diagnóstico mais nove meses. Também salientam os A. A. que, embora seja um sarcoma, é muito raro dar metástases e que raramente dão metástases por via sangüínea; propagam-se por continuidade e conduzem rápido à caquexia.

Prof. Carmo Lordy — Realmente alguns A. A. são dessa opinião, outros, entretanto, dizem que a via sangüínea é a preferida pelas metástases, sendo que não se pode negar, em outros casos, a existência de metástases através de outras vias.

Dr. Eurico Branco Ribeiro — Os tumores de origem embrionária têm tendência a apresentar-se bilateralmente quando afetam órgãos duplos do organismo como os rins?

Prof. Carmo Lordy — Deve-se compreender bem esta questão raciocinando: se é um tumor congênito e se existem 2 rins em vez de um, é possível que exista tanto de um lado como dos dois.

Dr. Eurico Branco Ribeiro — É freqüente ver-se câncer do ovário de ambos os lados concomitantemente; e não só em tumores primitivos, mas também em casos de tumores de Krukenberg, em que muitas vezes o processo se assesta nos dois ovários.

Prof. Carmo Lordy — Os tumores de Krukenberg do ovário são coisa secundária em que é por via linfática que entram as metástases, retrogradamente e isso provavelmente é porque a corrente não encontra livre caminho para o seu desenvolvimento, dado o comprometimento dos gânglios, e segue retrogradamente até os ovários onde as metástases se detêm.

Dr. João Noel von Sonnleithner — Queria perguntar ao dr. Eurico Branco Ribeiro se neste caso foi ou será feita a radioterapia.

Dr. Eurico Branco Ribeiro — Como se tratava de um processo sarcomatoso, fizemos como primeira etapa a aplicação da mostarda nitrogenada, que em geral é muito eficiente nos processos sarcomatosos e que também tem sua eficiência, embora diminuída, nos processos carcinomatosos. Acreditamos que com a mostarda nitrogenada se possa tirar nesses casos algum resultado sobre a protelação na evolução do processo; entretanto, depois que a criança esteja recuperada da agressão cirúrgica e da ação da mostarda, poderemos fazer uma radioterapia. Muitas vezes os cancerólogos não gostam de fazer mostarda nos doentes já submetidos à radioterapia; preferem fazer separadamente essas duas terapêuticas, a mostarda em primeiro lugar; nunca permitem que elas coincidam, talvez mesmo pela destruição muito intensa de elementos neoformados, de maneira a trazer um abalo maior para o organismo. No caso presente acreditamos que tendo sido feita nesta primeira etapa a mostardoterapia, possamos daqui a um mês ou dois fazer a radioterapia, que será, sem dúvida, também eficiente no caso.

Dr. João Noel von Sonnleithner — Mas não seria preferível fazer-se a radioterapia inicialmente, desde que esses tumores são a ela tão sensíveis?

Dr. Eurico Branco Ribeiro — Temos a impressão de que a sensibilidade à mostarda é muito mais evidente na redução dos tumores do que com a radioterapia; pelo menos é o que temos observado nos sarcomas.

Dr. João Noel von Sonnleithner — Mas especialmente no tumor de Wilms a literatura em geral salienta este fato, de que a radioterapia é realmente uma arma eficiente. Pelo menos era essa a opinião dos A. A. na ocasião em que apresentei um caso aqui à Sociedade Médica São Lucas.

Dr. Eurico Branco Ribeiro — Naquela época a mostarda talvez ainda não estivesse sendo usada em grande escala, de sorte que a experiência dos A. A. sobre o assunto era ainda pouco segura. O fato é que temos dois recursos mais ou menos eficientes no combate aos tumores sarcomatosos e nós temos que começar por um deles; parece-nos muito mais lógico começar logo com a aplicação da mostarda, porque essa podia ser feita aqui mesmo no hospital, no

posoperatório imediato, deixando a radioterapia para mais tarde. Foi essa a orientação dada no caso.

É interessante recordarmos os comentários feitos pelo dr. João Sonnleithner quando apresentou o caso referido, reproduzindo-os do Boletim do Sanatório São Lucas, IV, 119, fevereiro de 1943. Foram os seguintes:

"O adenossarcoma do rim, ou nefroma embrionário segundo a denominação de Feldeman, figura entre os tumores malignos que mais freqüentemente aparecem na idade infantil, podendo surgir desde o nascimento como foi o caso de Langley Porter e Williams Carter publicado no "Am. J. of Diseases of Children". Tratava-se de uma mulher que após laborioso trabalho de parto libertou a cabeça, ombros e membros superiores de um feto, cuja extração só pode ser completada, após intervenção sobre o seu abdome, donde se extraiu um tumor que apresentava o tamanho duas vezes maior que a cabeça da criança, tendo o exame anátomo-patológico revelado tratar-se de um sarcoma. Embora o tumor de Wilms não seja um privilégio da idade infantil, constitui uma raridade o seu aparecimento no adulto. De uma estatística apresentada por Kerr em que figuram 14 crianças, a mais velha tinha 6 anos, enquanto 13 variavam de 10 meses a 5 anos. A idade em que se verifica a maior incidência do tumor de Wilms se acha compreendida desde o nascimento até 3 anos (Geschikter e Widenhorn), não havendo preferência por um ou outro sexo e a localização se dá tanto à direita como à esquerda, podendo também manifestar-se de ambos os lados.

O início da moléstia é silencioso, só se percebendo a sua existência pela massa tumoral que se descobre por casualidade. A dor é um sintoma que não aparece senão raras vezes e quando o paciente chega às mãos do médico já apresenta um volumoso tumor que pode trazer compressão de alças intestinais. O desenvolvimento do tumor se dá em todos os sentidos e com grande rapidez, podendo atingir proporções muito grandes, invadindo as regiões compreendidas desde o diafragma até à fossa ilíaca. Outros sinais clínicos verificados são náuseas, vômitos, diarreias, constipação intestinal, fraqueza, mal estar geral. A hematúria é pouco freqüente, podendo as provas da função renal dar resultados normais principalmente no início da moléstia.

O diagnóstico diferencial deve ser feito com os tumores malignos do intestino e do mesentério, gânglios retroperitoniais, tumores do baço e da vesícula, hidronefrose, pionefrose, ciste do rim e hipernefrose.

O tratamento, que a maioria dos autores preconiza, é a intervenção cirúrgica precedida da aplicação radioterápica que faz regredir o tumor, condicionando o momento propício para se realizar a operação.

O prognóstico é sempre sombrio, sendo raro o doente sobreviver 5 anos após o tratamento, tanto radioterápico, como cirúrgico. As metástases mais freqüentes são as pulmonares e ósseas.

